

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 37

**Etude de la mortalité maternelle
au cours ou à la suite de l'accouchement
pendant une période de 11 ans dans les services obstétricaux
de l'Hôpital de la Charité**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean CROSLEBAILLY

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 6 Juin 1904 à MARTIGUES (Bouches-du-Rhône)

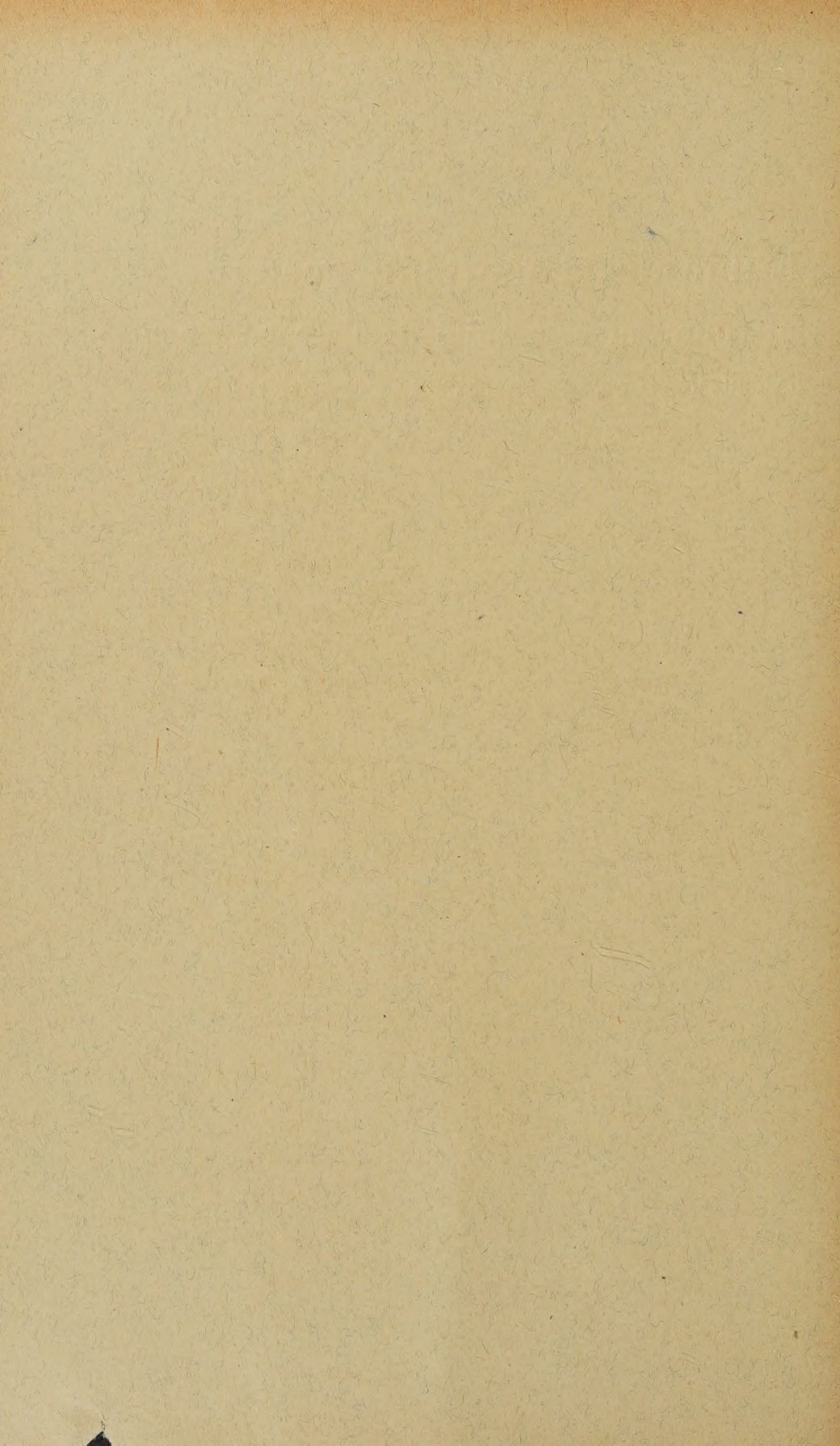


LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929



ÉTUDE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE
au cours ou à la suite de l'accouchement
pendant une période de 11 ans dans les services obstétricaux
de l'Hôpital de la Charité



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Etude de la mortalité maternelle
au cours ou à la suite de l'accouchement
pendant une période de 11 ans dans les services obstétricaux
de l'Hôpital de la Charité

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean CROSLEBAILLY

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 6 Juin 1904 à MARTIGUES (Bouches-du-Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président ; TRILLAT, assesseur ;
RHENTER et POLLOSSON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique obstétricale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT
Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD
Chef de Laboratoire à la Clinique osbtétricale

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Avant-propos

Au cours d'un stage obstétrical dans le service de M. le Professeur Voron, nous nous sommes intéressé à cet art de l'accouchement si logique et si précis. Ayant une préférence naturelle pour les notions claires, nous avons manifesté le désir de consacrer notre thèse inaugurale à un sujet d'obstétrique facile, éloigné de toute discussion n'apportant pas de grandes hypothèses, mais des faits positifs, bien catalogués et des références complètes.

Ce travail, le seul, pensions-nous qui puisse s'accorder avec une expérience jeune de cinq années, M. le Docteur Pigeaud nous l'a trouvé et nous a permis de l'accomplir. Il n'a ménagé ni son temps ni sa peine : revoyant avec soins nos résumés d'observations, y apportant des corrections, trouvant la formule exacte pour désigner le cas particulier qui ne s'adapte pas aux cadres nosologiques. Nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

M. le Professeur Voron a aimablement accepté que ce travail nous soit confié. Il a été pour nous un maître bienveillant et consciencieux. Grâce à lui notre stage obstétrical a été parmi les plus profitables de nos études médicales, et à coup sûr le plus adapté aux diffi-

cultés de la pratique journalière. Nous avons pu, dans son service, consulter tous les documents dont nous avons besoin. Nous le remercions de tout cela et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

Nos remerciements vont aussi chaleureux à M. le Professeur agrégé Trillat, qui nous a ouvert si largement son service, mettant à notre disposition tous les registres d'inscription et d'observation dont la tenue parfaite et l'ordre méticuleux ont facilité notre tâche. Il ne nous a pas ménagé ses conseils, nous enseignant à travailler avec ordre et nous faisant profiter de sa grande expérience. C'est lui qui nous a donné l'idée de commencer nos recherches dans le livre des décès de l'hôpital; début nécessaire, qui nous a fait gagner du temps et surtout nous a permis plus tard de juger nos statistiques, de limiter d'une façon précise le champ de nos investigations.

Grâce à ces maîtres nous avons pu consulter une grande quantité de documents précis, profiter de toute l'expérience des maîtres lyonnais d'hier et d'aujourd'hui. Cet héritage scientifique si important, et pourtant si accessible à tous les chercheurs, nous suggère un sentiment de reconnaissance à la mémoire des grands maîtres disparus.

ETUDE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE
au cours ou à la suite de l'accouchement
pendant une période de 11 ans dans les services obstétricaux
de l'Hôpital de la Charité

CHAPITRE PREMIER

La mortalité maternelle globale

Nous nous sommes proposés dans ce travail d'étudier les causes de la mortalité maternelle dans les services d'obstétrique de la Charité de Lyon.

Il y a deux services à l'Hôpital de la Charité : la Clinique obstétricale et la deuxième infirmerie dirigées par M. le Professeur Voron.

La Maternité et la première infirmerie qui lui est adjointe, dirigées par M. le Professeur agrégé Trillat.

La statistique que nous rapporterons sera donc une statistique d'hôpital, c'est-à-dire comportera un grand nombre de morts consécutives à un accouchement dystocique, souvent chez des femmes envoyées à l'hôpital au cours de l'accouchement.

Nos recherches portent sur onze années, du 1^{er} janvier 1918 au 1^{er} janvier 1929. Nous avons limité le champ de nos investigations en négligeant tous les cas

de mort après un accouchement en ville, après un avortement, soit en ville, soit à l'infirmérie.

En somme les cas que nous rapportons concernent uniquement les femmes ayant accouché à la Clinique ou à la Maternité. Leurs observations peuvent être retrouvées dans ces services. Elles sont dans chacun d'eux groupées et reliées par mois, numérotées du 1^{er} janvier au 31 dcembre.

Si la femme est passée ensuite à l'infirmérie, on trouve dans ces registres, à côté de la feuille d'accouchement, l'observation prise à l'infirmérie, ou l'indication permettant de la retrouver.

Nous donnerons en tête du résumé de chaque observation le numéro, l'année et le service. Ces références permettent de trouver à coup sûr n'importe quelle observation.

Ainsi comprise notre statistique ne peut se superposer aux statistiques de mortalité maternelle puisque :

1° Elle porte sur un milieu défini très particulier;

2° Nous avons circonscrit notre étude d'une façon très précise qui frise peut-être l'arbitraire, mais il est nécessaire de bien poser le problème avant de le résoudre, et il vaut mieux travailler sur des cas bien observés.

Ainsi, ayant rejeté toutes les observation où la femme n'a pas accouché dans le service, nous ne trouverons pas de décès avant l'accouchement, sauf quelques cas de mort au début du travail. Nous étudierons donc spécialement la mortalité dans la période des suites de couches.

Nous relèverons peu d'intoxications gravidiques des premiers mois; ces maladies sont le plus souvent soi-

gnées uniquement dans les infirmeries. Nous ne relevons pas de grossesse tubaire, car lorsque la rupture et l'inondation péritonéale surviennent la malade est transportée d'urgence dans un service de gynécologie.

Il s'agit donc de morts survenant après un accouchement à terme, ou un accouchement prématuré c'est-à-dire une expulsion du produit de conception au cours des derniers mois de la grossesse.

Sur le registre des hôpitaux le nombre total des morts maternelles dans les deux services réunis, s'élève à 459, y compris les morts au cours des premiers mois de la grossesse.

Nous nous sommes limités, comme nous l'avons dit plus haut aux seules femmes qui ont accouché à la Maternité ou à la Clinique et qui sont mortes au voisinage du terme. Nous avons ainsi relevé 32.205 accouchements avec 192 décès.

La répartition annuelle se fait de la façon suivante :

1918	....	2.659	accouchements	42	décès
1919	....	2.442	—	11	—
1920	....	3.306	—	23	—
1921	....	2.686	—	11	—
1922	....	2.542	—	16	—
1923	....	2.645	—	14	—
1924	....	2.846	—	15	—
1925	....	3.158	—	15	—
1926	....	3.301	—	13	—
1927	....	3.308	—	13	—
1928	....	3.312	—	19	—

Soit dans ces onze années : 32.205 accouchements avec 192 décès.

Tandis que si nous avons pris toutes les observations de femmes ayant passé dans l'un des services d'accouchements ou dans l'une des infirmeries, nous aurions obtenu les nombres suivants que nous donnons à titre de documentation :

1918	Clinique, maternité, infirmerie 1 et 2.	84	décès
1919	— — —	35	—
1920	— — —	49	—
1921	— — —	28	—
1922	— — —	37	—
1923	— — —	43	—
1924	— — —	37	—
1925	— — —	39	—
1926	— — —	36	—
1927	— — —	30	—
1928	— — —	41	—
Total		459	décès

Si du nombre total des décès, 459, nous enlevons les décès de la Maternité et de la Clinique, soit 192, il nous reste 267 décès. La grosse majorité de ces cas de mort est sans doute fournie par les suites d'avortements, surtout d'avortement provoqués.

Dans sa thèse inaugurale, inspirée par M. le professeur agrégé Rhenter (Lyon, décembre 1925), le Docteur Henry apporte les 62.270 observations recueillies dans les deux services et dans leurs infirmeries pen-

Note. — En considérant le nombre d'accouchements au cours de ces onze ans nous constatons une certaine progression. En remontant plus haut nous constatons que cette progression est réelle. En effet en 1914, dernière année normale, le nombre d'accouchements n'a été que de 2.559.

dant vingt années, du 1^{er} janvier 1904 au 31 décembre 1923.

Sur ces 62.270 observations, il trouve 652 décès. Mais en prenant uniquement les femmes ayant accouché dans les services d'accouchement, il obtient 47.954 accouchements avec 268 décès.

On voit qu'il trouve aussi une grande différence entre le nombre total des décès et le nombre des décès chez les femmes ayant accouché dans ces services. Ce dernier nombre dépasse à peine le tiers du nombre total. En effet, 268 est un peu supérieur au tiers de 652. De même 192 est un peu supérieur au tiers de 459. Les rapports $192/459$ et $268/652$ sont compris entre $1/3$ et $1/2$.

Pour étudier le mieux possible les différents éléments de notre statistique, nous avons adopté le plan suivant. Nous examinerons donc successivement :

1° Les maladies diverses aggravées par la grossesse et ayant provoqué la mort à la suite de l'accouchement ;

2° Les morts consécutives aux traumatismes obstétricaux, quelle qu'en soit la nature ;

3° Les intoxications mortelles au voisinage du terme ;

4° Les infections puerpérales post partum.

CHAPITRE II

Maladies diverses aggravées par la grossesse

Tuberculose

La grossesse, dans un grand nombre de cas, influe défavorablement sur l'évolution de la tuberculose.

Le travail peut amener des hémoptysies ou une dyspnée très pénible au cours de la tuberculose pulmonaire.

Pendant les suites de couches, on peut assister parfois à une marche rapide des lésions existantes ou à une poussée granulique.

La tuberculose menace la grossesse et le travail. La toux pourrait rompre les membranes prématurément ; le travail peut être gêné par la dyspnée ; les hémorragies de la délivrance sont plus à craindre. Enfin, dans les suites de couches, la malade affaiblie est plus exposée à l'infection puerpérale.

Nous rapportons 15 cas de mort par tuberculose dans les suites de couches qui se répartissent ainsi :

7 observations de tuberculose à évolution rapide non granulique ;

5 observations de granulie ;

3 observations de méningite tuberculeuse.

TUBERCULOSE ULCÉRO CASÉEUSE

Bo..., femme Gu..., n° 432, Clinique 1920.

Evolution tuberculeuse suraiguë au voisinage du terme (phtisie laryngée). Mort trois jours après l'accouchement à huit mois (forceps).

Ma..., veuve Al..., 24 ans. N° 630. Maternité 1920.

Poussée tuberculeuse aiguë après l'accouchement spontané à sept mois et demi chez une tuberculeuse ancienne. Mort au douzième jour.

An..., 17 ans et demie. N° 504-505. Clinique 1921.

Evolution tuberculeuse rapide au voisinage du terme. Mort dix jours après un accouchement gémellaire à sept mois.

Va..., femme Ig..., 29 ans. N° 1150. Maternité 1924.

Evolution rapide d'une tuberculose pulmonaire au moment de l'accouchement spontané à terme. Mort douze jours après l'accouchement.

La..., 29 ans. N° 261. Clinique 1926.

Tuberculose pulmonaire. Mort six jours après l'accouchement (7 mois et demi).

Bi..., femme Co..., 22 ans. N° 47. Clinique 1927.

Evolution tuberculeuse rapide après un accouchement prématuré provoqué à 7 mois et demi. Mort au huitième jour après une hémorragie secondaire (pas de rétention placentaire).

Va..., femme Ve..., 24 ans. N° 1092. Clinique 1928.

Evolution tuberculeuse rapide à l'occasion de l'accouchement. Mort au quinzième jour (6 mois et demi).

GRANULIE

Fr..., femme No..., 35 ans. N° 1347. Maternité 1918.

Grippe. Granulie à marche foudroyante du voisinage du terme. Mort cinq jours après l'accouchement provoqué à 8 mois.

Ré..., 28 ans. N° 1730. Maternité 1920.

Granulie un mois après l'accouchement spontané à terme. Mort 52 jours après l'expulsion du produit de conception.

Bo..., 18 ans. N° 423. Clinique 1922.

Granulie à la fin de la grossesse chez une tuberculeuse ancienne. Mort 7 jours après l'accouchement (8 mois).

Pé..., 19 ans. N° 850. Clinique 1922.

Poussée granulique à la fin de la grossesse. Mort au dixième jours après l'accouchement (8^e mois).

Bo..., 20 ans. N° 644. Maternité 1927.

Granulie pendant les suites de couches. Mort au 11^e jour après l'accouchement (spontané à terme).

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Al..., 20 ans. N° 299. Maternité 1918.

Méningite tuberculeuse au voisinage du terme. Mort huit jours après l'accouchement prématuré spontané (à 8 mois et demi).

Sa..., 19 ans. N° 179. Clinique 1922.

Méningite tuberculeuse au voisinage du terme. Mort trois jours après l'accouchement à terme.

Fa..., 29 ans. N° 1743. Maternité 1925.

Méningite tuberculeuse pendant les suites de couches. Mort 25 jours après l'accouchement prématuré spontané (à 7 mois).

Nous constatons que sur ces 15 accouchements, 11 se sont produits avant terme.

Pneumonie

La pneumonie est grave chez la femme enceinte, le cœur est surchargé de travail.

L'expulsion du produit de conception à n'importe quelle période n'amène pas d'amélioration, au contraire le plus souvent la maladie s'aggrave.

Dans la plupart des cas, la pneumonie interrompt la grossesse ; donc, en envisageant les derniers mois, nous trouverons des accouchements prématurés.

Nous avons trouvé 4 cas de pneumonie mortelle :

3 pneumonies de la fin de la grossesse ayant, dans deux cas au moins, hâté l'accouchement, et 1 pneumonie des suites de couches survenant chez une femme déjà affaiblie par une maladie antérieure.

B..., 20 ans. N° 371. Clinique 1919.

Pneumonie. Accouchement prématuré à huit mois et demi. Mort au septième jour.

D..., femme M..., 22 ans. N° 609. Maternité 1928.

Pneumonie contemporaine de l'accouchement à huit mois. Mort au dixième jour.

B..., femme T..., 28 ans. N° 945. Clinique 1928.

Pneumonie. Accouchement après terme. Mort au septième jour.

C..., 20 ans. N° 875. Clinique 1918.

Pneumonie débutant 12 jours après l'accouchement (8 mois et demi) chez une femme affaiblie par une dysenterie aiguë. Mort au 24^e jour.

Dans trois cas sur 4 l'accouchement s'est produit avant terme.

Grippe

La grande épidémie de 1918 a également exercé ses ravages dans les services d'obstétrique. Nous avons relevé 33 cas de grippe avec décès après l'accouchement, dont 31 en 1918-19.

Nous distinguons deux sortes de cas :

1° Les gripes de la grossesse et du travail;

2° Les gripes des suites de couches.

Nous rapportons 24 cas de gripes de la grossesse et du travail. Si l'on n'avait pas les symptômes prémonitoires de catarrhe des voies aériennes supérieures, et plus tard les signes physiques pulmonaires, on pourrait fort bien prendre ces maladies pour des septicémies puerpérales. Le diagnostic est surtout malaisé avec les formes d'infection puerpérale à embolies pulmonaires. Beaucoup de symptômes sont communs. Il y a du reste septicémie dans les deux cas, et peut-être le même microbe est-il en cause, puisque c'est seulement la porte d'entrée génitale qui caractérise l'infection puerpérale.

L'accouchement prématuré survient souvent au cours d'une grippe sévère, et comme pour la pneumonie, il en aggrave encore le pronostic. Aussi, se garde-t-on bien d'interrompre la grossesse. C'est ce qui explique peut-être la grande quantité d'accouchements spontanés que nous avons trouvée.

Nous commencerons par donner les observations où la mort par grippe est indiscutable. Ensuite, nous apporterons des cas où la grippe paraît avoir favorisé l'évolution de phénomènes infectieux puerpéraux.

Fo..., femme Am..., 39 ans. N° 783. Clinique 1918.

Poussée grippale à la fin de la grossesse et pendant le travail. Mort trois jours après l'accouchement avec des lésions de broncho-pneumonie.

Pr..., femme Ni..., 27 ans. N° 957. Clinique 1918.

Cedème aigu du poumon chez une femme présentant une grippe sévère. Mort rapide six jours après l'accouchement.

Ma..., femme Fa..., 43 ans. N° 1051. Maternité 1918.

Accouchement spontané près du terme. Septicémie à marche suraiguë. Mort au cinquième jour avec lésions pulmonaires faisant porter le diagnostic de grippe.

Gr..., 18 ans. N° 1110. Maternité 1918.

Grippe sévère ayant débuté au voisinage du terme. Mort deux jours après l'accouchement (spontané à huit mois et demi). Forme avec broncho-pneumonie.

Ma..., 23 ans. N° 1113. Maternité 1918.

Grippe à la fin de la grossesse et pendant le travail. Mort 11 jours après l'accouchement spontané à terme.

Ge..., 23 ans. N° 1004. Clinique 1918.

Accouchement spontané à terme. Sépticémie foudroyante probablement d'origine grippale. Mort au neuvième jour après l'accouchement.

Vi..., femme Co..., 20 ans. N° 1126. Maternité 1918.

Poussée grippale au voisinage du terme. Septicémie. Mort quinze jours après l'accouchement spontané.

Be..., 18 ans. N° 1129. Maternité 1918.

Poussée grippale au cours de la grossesse, au voisinage du terme. Septicémie après l'accouchement. Mort au treizième jour (après l'accouchement spontané).

De..., femme Cr... N° 1010. Clinique 1918.

Poussée grippale au cours du travail. Infection généra-

lisée à type septicémique. Mort douze jours après l'accouchement spontané à terme.

Ro..., femme So..., 31 ans. N° 1140. Maternité 1918.

Grippe au cours du travail. Infection généralisée à type septicémique. Mort au neuvième jour après l'accouchement spontané à terme.

Ve..., 18 ans. N° 1143. Maternité 1918.

Poussée grippale au cours de la grossesse, au voisinage du terme. Septicémie à marche suraiguë. Mort au sixième jour après l'accouchement spontané à terme.

Ga..., 21 ans. N° 1049. Clinique 1918.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Infection généralisée à type septicémique. Mort au sixième jour avec lésions de broncho-pneumonie.

Lè..., femme An..., 31 ans. N° 1150. Maternité 1918.

Poussée grippale au cours de la grossesse et du travail. Mort deux heures après l'accouchement spontané à terme.

Pe..., femme Le..., 33 ans. N° 1156. Maternité 1918.

Grippe au cours de la grossesse et du travail. Mort une heure après l'accouchement (présentation du siège, déchirure de la portion vaginale du col. Hémorragie de la délivrance, délivrance artificielle).

La..., femme Jo..., 33 ans. N° 1159. Maternité 1918.

Poussée grippale au cours de la grossesse et du travail. Infection généralisée à type septicémique. Mort au treizième jour après l'accouchement spontané à huit mois.

Ga..., femme Ca..., 24 ans. N° 1177. Maternité 1918.

Poussée grippale à la fin de la grossesse et au cours du

travail. Mort rapide après l'accouchement spontané à huit mois.

Ap..., 22 ans. N° 1198. Maternité 1918.

Grippe au cours de la grossesse et du travail. Mort deux jours après l'accouchement avec lésions de broncho-pneumonie (accouchement spontané à huit mois).

Me..., femme Ca..., 28 ans. N° 1207. Maternité 1918.

Grippe au cours de la grossesse et du travail chez une femme atteinte de rétrécissement mitral. Mort après l'accouchement à terme (version podalique) avec lésions de broncho-pneumonie.

It..., femme Ca..., 36 ans. N° 1375. Maternité 1918.

Poussée grippale à la fin de la grossesse. Broncho-pneumonie bilatérale après l'accouchement spontané à terme. Mort au neuvième jour.

Du..., femme Br..., 30 ans. N° 8. Maternité 1919.

Pneumonie grippale à la fin de la grossesse et au cours du travail. Mort rapide deux jours après l'accouchement (délivrance artificielle).

Voici 4 cas pour lesquels on peut hésiter. La mort est-elle due à la grippe ou à l'infection puerpérale qui lui a succédé ? Cette question se pose rarement dans les cas de grippe sévère de 1918. Mais les autres épidémies plus bénignes ont présenté de nombreux cas de ce genre.

Du..., femme Bo..., 30 ans. N° 1162. Maternité 1918.

Poussée grippale au cours d'un travail prolongé (60 heures) avec rupture précoce des membranes. Craniotomie. Mort au neuvième jour.

Ch..., femme Le..., N° 1114. Clinique 1918.

Poussée grippale à la fin de la grossesse. Infection à allure pyohémique. Mort au 27^e jour.

Fu..., femme Ch..., 36 ans. N° 444. Maternité 1922.

Grippe avant le début du travail. Accouchement spontané à huit mois et demi. Péritonite purulente généralisée. Mort neuf jours après l'accouchement.

Ru..., 21 ans. N° 188. Maternité 1924.

Septicémie coïncidant avec une congestion pulmonaire d'origine grippale. Mort au quinzième jour.

Nous avons relevé 9 gripes des suites de couches. La température et les autres symptômes n'ont apparu qu'un temps plus ou moins long après l'accouchement. Il n'y avait pas d'hyperthémie dans les heures qui suivaient.

Sa..., femme Th..., 32 ans. N° 1023. Maternité 1918.

Poussée grippale débutant 13 jours après un accouchement normal. Mort rapide en sept jours.

Ma..., femme Mu..., 24 ans. N° 1074. Maternité 1918.

Accouchement spontané à terme. Rupture prématurée des membranes. Infection à type septicémique accompagnée de signes de broncho-pneumonie. Mort au sixième jour.

Ve..., 21 ans. N° 1078. Maternité 1918.

Accouchement spontané à terme sans incident. Infection à type septicémique accompagnée de signes de broncho-pneumonie. Mort au sixième jour.

Ma..., femme Fo..., 22 ans. N° 1099. Maternité 1918.

Poussée grippale après l'expulsion. Infection générale à type septicémique avec lésions pulmonaires. Mort au onzième jour après l'accouchement spontané à terme.

Pi..., 32 ans. N° 998. Clinique 1918.

Hémorragie secondaire. Curage digital au cinquième jour. Infection généralisée. Mort au quinzième jour avec œdème aigu du poumon.

Vo..., 26 ans. N° 1000. Clinique 1918.

Accouchement spontané à terme. Infection généralisée à type septicémique. Œdème aigu du poumon et mort rapide au quinzième jour.

Tr..., femme La..., 32 ans. N° 1137. Maternité 1918.

Accouchement spontané à terme. Infection à type septicémique. Mort au dix-neuvième jour avec une congestion pulmonaire grippale.

Ri..., femme Po..., 27 ans et demi. N° 1157. Maternité 1918.

Accouchement spontané à terme. Suites de couches normales jusqu'au neuvième jour. A ce moment congestion pulmonaire grippale. Mort au seizième jour.

Va..., 33 ans. N° 1239. Clinique 1918.

Accouchement spontané à terme. Infection généralisée à type septicémique. Mort huit jours après l'accouchement.

Le grand nombre de cas mortels que nous avons relevé est dû presque uniquement à la grande épidémie de 1918.

Nous voyons de nombreuses formes foudroyantes

avec œdème aigu infectieux du poumon, des formes plus trainantes de broncho-pneumonie ou de pneumonie avec parfois un épanchement pleural. Dans tous ces cas, à noter des signes fonctionnels extrêmes : dyspnée et cyanose très marqués, avec des signes physiques souvent discrets. .

Cardiopathies

Les femmes enceintes, atteintes d'une lésion cardiaque chronique, présentent assez souvent au cours de leur grossesse, des troubles asystoliques.

Les troubles graves débutent surtout vers le sixième mois ; ils peuvent être mortels. Cependant, nous n'en avons pas relevé dans notre statistique qui ne s'occupe que de femmes ayant accouché. Nous n'avons pas plus trouvé de morts au cours du travail.

Tous les décès que nous rapportons ont eu lieu dans les suites de couches. On voit alors tantôt l'œdème aigu du poumon, tantôt la grande asystolie avec ses œdèmes conjonctifs et des séreuses, et ses congestions viscérales.

La nature de la lésion influe sur la gravité des troubles. Le rétrécissement mitral serait le plus redoutable. Viendrait ensuite la maladie mitrale, puis les autres cardiopathies.

Les cardiopathies interrompent souvent la grossesse. Nous avons trouvé ici de nombreux accouchements prématurés.

En outre des endocardites chroniques, avec asystolie, nous rapportons deux cas d'endocardite aiguë de la grossesse terminés par la mort quelques heures après l'accouchement. (N° 971, Maternité, 1925 ; N° 1883, Maternité, 1926.)

Nous n'envisagerons pas l'endocardite infectieuse des suites de couches qui survient au cours d'une infection puerpérale. Ces cas seront étudiés avec les infections puerpérales.

Ga..., femme Gu..., 38 ans. N° 129. Maternité 1919.

Asystolie progressive après l'accouchement prématuré spontané au septième mois chez une cardiaque (insuffisance mitrale). Mort au 22° jour.

Ca..., 27 ans et demi. N° 44. Maternité 1919.

Asystolie progressive au cours de la grossesse (péricardite). Accouchement spontané à six mois. Mort 13 jours après l'accouchement.

Sz..., femme As..., 28 ans. N° 767. Maternité 1922.

Œdème aigu du poumon quatorze jours après l'accouchement prématuré spontané, survenu au sixième mois d'une grossesse gémellaire chez une cardio rénale à lésions mal compensées. Mort rapide au quinzième jour.

Ja..., 33 ans. N° 574. Clinique 1923.

Asystolie à marche rapide après l'accouchement chez une cardiaque cippo scoliotique. Mort au septième jour.

Va..., 42 ans. N° 2. Maternité 1927.

Cardiopathie (maladie mitrale). Asystolie progressive. Mort 26 jours après l'accouchement spontané à sept mois et demi.

Br..., femme Sa..., 41 ans .N° 1334. Maternité 1927.

Cardiopathie. Asystolie rapide après l'accouchement provoqué près du terme. Mort au 18° jour.

Ol..., femme La..., 20 ans. N° 971. Maternité 1925.

Cardiopathie. Poussée d'endocardite. Œdème aigu du poumon. Mort cinq heures après l'accouchement (huit mois et demi).

Ay..., femme Ai..., x ans. N° 1883. Maternité 1926.

Endocardite infectieuse au cours de la grossesse chez une cardiaque. Mort rapide huit heures après l'accouchement.

Péritonites de cause non puerpérale

Nous en avons relevé 4, dont 3 d'origine appendiculaire et 1 à la suite d'occlusion intestinale par brides.

L'appendicite est plus fréquente et plus grave au cours de la grossesse. Les signes objectifs sont souvent modifiés. Il importe cependant d'opérer le plus vite possible en injectant de la morphine pour tâcher d'empêcher l'expulsion.

Dans les cas qui nous occupent, il y a eu des accouchements prématurés. Une seule appendicite paraît pouvoir être placée dans les suites de couches.

Mo..., 23 ans. N° 484. Clinique 1924.

Péritonite d'origine appendiculaire au septième mois de la grossesse. Pas d'intervention. Mort 15 jours après l'accouchement à 7 mois.

P..., femme Mi..., 26ans. N° 170. Clinique 1925.

Péritonite d'origine appendiculaire pendant les suites de couches. Intervention au huitième jour après l'accouchement (grossesse de sept mois). Mort quelques heures après l'intervention.

Br..., femme Ge..., 24 ans. N° 1437. Maternité 1926.

Péritonite d'origine appendiculaire au huitième mois de la grossesse. Mort rapide après l'accouchement.

Pi..., 20 ans. N° 897. Clinique 1921.

Occlusion intestinale par adhérences anciennes. Mort deux jours après l'accouchement.

Typhoïde, encéphalite, etc...

Sur ces 11 années nous avons trouvé 3 observations de typhoïdes mortelles après l'accouchement. 2 cas à la fin de la grossesse et 1 pendant les suites de couches.

So..., femme Bi..., 32 ans. N° 350. Maternité 1918.

Fièvre typhoïde au voisinage du terme. Mort quinze jours après l'accouchement.

Go..., 18 ans. N° 1421. Clinique 1921.

Fièvre typhoïde à la fin de la grossesse. Mort au treizième jour après un accouchement à six mois et demi.

Bo..., femme Pr..., 35 ans. N° 811. Maternité 1920.

Typhoïde dans la période des suites de couches (Séro-diagnostic T. A. B. négatif). Myocardite. Mort 27 jours après l'accouchement.

2 cas d'encéphalite épidémique à évolution fatale.

Bo..., femme Gé..., 24 ans. N° 765. Maternité 1926.

Encéphalite épidémique. Accouchement. Convulsions.
Mort deux jours après l'accouchement.

Fa..., x ans. N° 27. Clinique 1927.

Encéphalite épidémique contemporaine de l'accouchement. Mort quelques jours après (à l'Hôpital de la Croix-Rousse).

1 cas de mort par dysenterie bacillaire au cours d'une épidémie.

Ma..., 34 ans. N° 885. Clinique 1928.

Dysenterie aiguë au voisinage du terme. Mort deux heures après l'accouchement.

Les derniers décès que nous rapporterons dans ce chapitre sont dus chacun à une maladie différente : une anémie pernicieuse, un phlegmon gangréneux, un abcès du foie, un cancer du sein généralisé.

Ga..., femme Ma..., 38 ans. N° 467. Maternité 1922.

Anémie pernicieuse. Mort quatorze jours après l'accouchement.

Br..., femme De..., 20 ans. N° 62. Maternité 1925.

Phlegmon gangréneux du cou (latéro pharyngien).
Mort le lendemain de l'accouchement.

Ma..., 18 ans. N° 198. Maternité 1918.

Accouchement prématuré à sept mois et demi. Mort rapide après l'accouchement au milieu de phénomènes infectieux graves. Abcès du foie.

De..., femme Chh., 43 ans. N° 1283. Maternité 1918.

Cancer du sein opéré au troisième mois de la grossesse, généralisé au septième mois (paraplégie). Mort quelques heures après l'accouchement.

CHAPITRE III

Traumatismes obstétricaux en général

La mort survient après les traumatismes obstétricaux de deux façons : par shock et par hémorragie. Nous étudions cependant ici, en plus de ces cas, des observations où la mort arrive à la suite d'une infection. Mais le traumatisme avait été si important, et l'évolution fut si rapide par la suite, que nous avons préféré les classer dans le cadre des traumatismes.

Nous apportons en tout 23 observations qui se répartissent de la façon suivante :

- 2 syncopes anesthésiques ;
- 4 shocks obstétricaux ;
- 2 shocks chirurgicaux ;
- 7 ruptures utérines ;
- 1 perforation du cul-de-sac vaginal postérieur ;
- 7 insertions vicieuses du placenta avec hémorragie.

SYNCOPE ANESTHÉSQUES

Co..., 25 ans. N° 580. Maternité 1923.

Forceps. Syncope anesthésique. Mort au cours de l'intervention.

Fo..., femme Di..., 34 ans. N° 304. Maternité 1924.

Forceps. Syncope anesthésique. Mort au cours de l'intervention.

SHOCK OBSTÉTRICAL

Ra..., veuve Ca..., 36 ans. N° 1146. Maternité 1924.

Forceps pénible. Shock. Mort 17 heures après l'accouchement sans rupture utérine.

So..., femme Pa..., 24 ans. N° 660. Clinique 1926.

Forceps pénible. Rupture utérine probable. Mort rapide dans les heures qui ont suivi l'accouchement.

Sa..., femme Mo..., 41 ans. N° 290. Clinique 1928.

Shock après intervention pénible, sans lésions utérines. Mort au bout de 20 heures.

Ma..., femme Bu..., 24 ans. N° 1709. Maternité 1928.

Shock après forceps pénible. Mort cinq heures après l'accouchement.

SHOCK CHIRURGICAL

Sy..., femme Go..., 36 ans. N° 2077. Maternité 1927.

Pelvitomie. Hémorragies et shock opératoire. Mort rapide quelques heures après l'intervention.

Le..., 27 ans. N° 985. Clinique 1928.

Césarienne itérative. Mort une heure après l'intervention. Shock opératoire. Pas de lésions utérines.

RUPTURES UTÉRINES

Il y a en même temps shock et hémorragie. Parfois l'infection vient s'ajouter.

Po..., 38 ans. N° 1148. Maternité 1919.

Rupture utérine au cours d'une tentative de version pour présentation de l'épaule négligée. Mort immédiate.

Cr..., femme La..., 47 ans. N° 978. Maternité 1925.

Rupture utérine spontanée au cours d'un accouchement spontané en présentation du sommet. Mort rapide au bout de quelques heures.

Co..., femme Du..., 26 ans. N° 1284. Maternité 1925.

Accouchement méthodiquement rapide exécuté à domicile à l'aide du dilatateur de Bossi. Rupture utérine complète. Mort rapide au bout de trois jours.

Ch..., 36 ans. N° 43. Clinique 1926.

Forceps. Rupture utérine sous péritonéale. Mort au huitième jour.

Gr..., femme Mo..., 29 ans. N° 198. Maternité 1922.

Rupture utérine au début du travail chez une secondipare césarisée lors du premier accouchement. Mort par péritonite cinq jours après l'évacuation utérine.

Si..., femme Ya..., 28 ans. N° 1549. Maternité 1924.

Présentation de l'épaule négligée. Version. Rupture du segment. Péritonite généralisée. Mort au quatrième jour.

Pe..., femme Ra..., 38 ans. N° 209. Clinique 1926.

Version pour présentation de l'épaule négligée. Rupture utérine probable; déchirure du périnée et de la cloison recto vaginale. Péritonite. Mort au onzième jour.

PERFORATION DU CUL DE SAC VAGINAL

Mo..., femme Ba..., 28 ans. N° 959. Clinique 1924.

Tentatives de forceps à domicile. Perforation du cul de sac vaginal postérieur. Péritonite purulente généralisée. Mort au douzième jour.

PLACENTA PRÆVIA

Les sept observations que nous allons rapporter concernent des femmes qui présentaient un placenta prævia. Elles sont mortes après une hémorragie abondante. Cette affection étant bien caractérisée au point de vue anatomique, nous étudierons à la fin de ce chapitre les autres cas de mort par insertion vicieuse du placenta.

La mort par hémorragie, dans les cas de placenta prævia, survient rapidement souvent en quelques heures. C'est alors à la suite de pertes abondantes de la fin de la grossesse et du début du travail. La femme arrive à l'hôpital très affaiblie, parfois saignée à blanc. Le travail, l'intervention, la délivrance, augmentent encore la perte sanguine. Aussi voit-on fréquemment la patiente mourir quelques heures après la fin de l'accouchement, au milieu d'un syndrome d'anémie aiguë, dont l'évolution est encore favorisée par suite de l'inertie du col.

A ce groupe de cas peuvent s'adjoindre toutes les

déchirures cervicales qui surviennent sur l'utérus porteur d'un placenta bas situé. Une hémorragie interne venant s'ajouter à l'hémorragie externe, la mort survient plus vite encore avec des phénomènes de shock et d'anémie suraiguë.

L'infection est, avec l'hémorragie, une des causes les plus habituelles de morts dans les cas de placenta prævia. Il y a parfois infection amniotique favorisée par la rupture prématurée des membranes, fréquente au cours de l'évolution du placenta prævia. Cette rupture des membranes est suivie de phénomènes septicémiques à allure rapide. Ou bien il y a infection tardive, réalisant fréquemment la forme phlegmatia albadolens ou la forme pyohémique. Dans ce cas, souvent un fragment de cotylédon est resté adhérent à la muqueuse. Il s'infecte et infecte l'utérus. Des hémorragies secondaires surviennent ; l'état général est atteint. On procède à une révision utérine : les résultats n'en sont pas toujours favorables, et l'on voit parfois évoluer une péritonite, une septicémie, une pyohémie.

Souvent la mort à la suite d'un placenta prævia, reconnaît à la fois ces deux causes : infection et hémorragies, sans qu'on puisse faire la part exacte de chacune.

Nous relevons 7 cas de placentas vicieusement insérés ayant entraîné des hémorragies mortelles.

1° Il n'y a pas eu de rupture utérine.

Me..., femme De..., 32 ans. N° 757. Maternité 1920.

Placenta prævia. Accouchement provoqué près du ter-

me. Hémorragies au cours du travail. Mort en quelques heures.

Ly..., 40 ans. N° 2041. Maternité 1925.

Placenta prævia central. Mort rapide quelques heures après l'accouchement.

Fl..., femme Vi..., 27 ans. N° 295. Clinique 1928.

Placenta prævia central. Hémorragie au huitième mois. Intervention. Mort rapide en quatre heures par anémie. Rien à l'utérus.

2° Mort par hémorragie avec rupture utérine.

Bo..., femme Gu..., 39 ans. N° 715. Clinique 1921.

Placenta prævia. Manœuvre de Braxton Hicks. Rupture du segment inférieur. Mort le lendemain (à terme).

Lo..., 32 ans. N° 634. Clinique 1925.

Placenta prævia. Manœuvre de Braxton Hicks. Expulsion à huit mois et demi. Rupture segmentaire probable. Mort rapide une heure après l'expulsion.

Au..., femme Lh..., 33 ans. N° 504. Clinique 1922.

Placenta prævia. Rupture du segment inférieur. Hémorragie incoercible. Mort au cours du travail au huitième mois.

Am..., femme As..., 33 ans. N° 712. Maternité 1926.

Placenta prævia. Rupture du segment inférieur. Mort en quelques heures, (à terme).

3° Mort par infection.

Enfin, dans les 6 cas qui vont suivre, la mort est survenue par infection.

Ces observations sont transcrites ici pour compléter le chapitre du placenta prævia.

La..., femme Br..., 36 ans. N° 1847. Maternité 1925.

Placenta prævia. Déchirure du segment inférieur. Infection à type septicémique. Mort au bout de six jours.

Mi..., femme Du..., 32 ans. N° 496. Maternité 1926.

Placenta prævia. Expulsion à huit mois et demi. Infection utérine. Mort au douzième jour.

Th..., femme Th..., 37 ans. N° 355. Maternité 1927.

Placenta prævia. Expulsion à huit mois. Infection utérine (rétention de cotylédons) et hémorragies tardives. Mort au dixième jour.

H..., femme Le..., 33 ans. N° 894. Maternité 1921.

Placenta prævia. Délivrance artificielle. Hémorragies persistantes après l'évacuation utérine. Rétention de cotylédons. Mort au quatrième jour.

La..., femme Du..., 36 ans. N° 1581. Maternité 1924.

Placenta prævia. Accouchement à huit mois. Hémorragies secondaires. Révision utérine au dixième jour. Septico pyolémie. Mort au vingt-cinquième jour.

Fa..., femme Be..., 28 ans. N° 795. Maternité 1920.

Placenta prævia. Hémorragie de la grossesse. Manœuvre de Braxton Hicks. Hémorragies persistantes après l'accouchement. Infection légère. Hémorragie mortelle au huitième jour.

Donc, nous trouvons une seule infection à type pyohémique (la 5^e observation), pour 5 à type nettement septicémique.

Nous constatons la fréquence des infections par rétention cotylédonaire.

CHAPITRE IV

Intoxication gravidique

Nous relevons 24 cas mortels d'intoxication gravidique. Ils portent tous sur des grossesses de plus de 6 mois, puisque nous négligeons les avortements, nous limitant aux seules observations de la Maternité et de la Clinique. En général, nous ne nous occupons que de femmes ayant accouché. Mais ici nous avons apporté en plus un certain nombre de cas de malades mortes avant l'accouchement et chez lesquelles on a pratiqué l'opération césarienne post mortem.

Au cours des 3 derniers mois de la grossesse, l'intoxication gravidique se manifeste essentiellement sous deux aspects :

1° Décollement prématuré du placenta normalement inséré ;

2° Eclampsie.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré

Sur les 24 observations, nous trouvons 6 cas mortels de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Di..., femme Di..., 37 ans. N° 417. Maternité 1927.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Forme toxique. Mort rapide, trois jours après un accouchement spontané à six mois. (Azotémie très forte. Albuminurie).

Di..., femme Pe..., 39 ans. N° 117. Clinique 1928.

Décollement prématuré du placenta chez une femme enceinte de huit mois. Mort un quart d'heure après l'accouchement.

Lè..., femme Vi..., 22 ans. N° 659. Maternité 1928.

Décollement prématuré du placenta. Crise d'éclampsie. Mort huit jours après l'accouchement prématuré spontané à sept mois.

As..., femme Bo..., 36 ans. N° 125. Clinique 1928.

Décollement prématuré du placenta. Crises convulsives à type éclamptique. Mort quelques heures après l'accouchement.

Ba..., femme Du..., 19 ans. N° 346. Maternité 1925.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Dilatation manuelle. Craniotomie. Hémorragie de la délivrance. Tamponnement intra-utérin et vaginal. Mort rapide. Fissure utérine à la vérification.

Ma..., femme Zi..., 38 ans. N° 1170. Clinique 1918.

Albuminurie. Décollement prématuré du placenta normalement inséré au cours de la grossesse (huit mois). Délivrance artificielle. Infection dans les suites de couches. Mort dix-neuf jours après l'accouchement.

Eclampsie

Nous trouvons 17 cas d'éclampsie.

La gravité de l'éclampsie est bien connue. Elle est plus grave pendant la grossesse et d'un pronostic d'autant plus sombre que cette grossesse est plus éloignée du terme. Elle l'interrompt assez souvent, pouvant amener un accouchement silencieux pendant que la malade est dans le coma.

Pa..., veuve Bo..., 36 ans. N° 144. Clinique 1918.

Eclampsie au voisinage du terme. Mort cinq jours après l'accouchement. Dégénérescence aiguë du foie.

Sa..., femme La..., 25 ans. N° 833. Clinique 1919.

Diabète au cours de la grossesse. Eclampsie au voisinage du terme. Mort vingt-quatre heures après l'accouchement.

Go..., femme Hu..., 39 ans. N° 403. Maternité 1920.

Eclampsie au cours de la grossesse. Accouchement prématuré spontané. Péritonite généralisée. Mort cinq jours après l'accouchement.

Fa..., femme Do..., 30 ans. N° 292. Clinique 1920.

Eclampsie au huitième mois de la grossesse. Mort immédiate après l'accouchement.

Ch..., femme Ma..., 29 ans. N° 567 bis. Clinique 1921.
Eclampsie au huitième mois de la grossesse. Mort au cours du travail.

Du..., 34 ans. N° 421 bis. Clinique 1922.
Eclampsie au huitième mois de la grossesse. Mort au cours du travail.

Ba..., 23 ans. N° 1188. Maternité 1922.
Eclampsie au cours de la grossesse. Hémorragie cérébrale au cours du travail. Mort rapide trois jours après l'accouchement à sept mois.

Re..., femme Ch... N° 147. Maternité 1923.
Eclampsie au cours de la grossesse. Urémie aiguë au cours du travail. Mort le lendemain de l'accouchement.

Ca..., femme Tu..., 27 ans. N° 1055. Maternité 1923.
Eclampsie au cours du travail. Mort quelques heures après l'accouchement.

Ri..., femme Du..., 25 ans. N° 1580. Maternité 1923.
Eclampsie au cours du travail. Mort 14 heures après la terminaison de l'accouchement spontané à sept mois.

Œ..., femme Bo..., 41 ans. N° 1025. Maternité 1925.
Eclampsie puerpérale au cours du travail. Mort rapide.

Hu..., femme Ra..., 35 ans. N° 1301. Maternité 1925.
Eclampsie puerpérale. Mort rapide le troisième jour après un accouchement à six mois et demi.

Ra..., femme La..., 37 ans. N° 1984. Maternité 1925.
Eclampsie puerpérale au cours du travail. Mort quelques heures après l'accouchement.

Br..., femme Pa..., 23 ans. N° 84. Clinique 1926.

Eclampsie. Mort immédiate après l'accouchement.
(Grossesse de sept mois).

Bo..., 30 ans. N° 618. Maternité 1926.

Eclampsie. Mort immédiate avant l'accouchement.
Césarienne post-mortem.

Do..., femme Cu..., 29 ans. N° 1754. Maternité 1926.

Eclampsie. Mort avant l'accouchement. Césarienne
post-mortem.

De..., femme De..., 17 ans. N° 645. Maternité 1928.

Eclampsie. Mort deux jours après l'accouchement.

La troisième observation rapporte un cas d'éclampsie suivie de péritonite. Nous la reverrons au chapitre des infections puerpérales. La septième concerne un genre de mort qui se produit parfois chez les éclamptiques ; il s'agit de l'hémorragie cérébrale. Enfin nous placerons ici une observation d'intoxication urémique ayant succédé à une pyélonéphrite de la grossesse.

Se..., 32 ans. N° 336. Maternité 1924.

Urémie aiguë au cours du post-partum chez une femme ayant fait une pyélo-néphrite grave au cours de la grossesse.

La considération de cet ensemble d'observations nous permet de voir que l'intoxication gravidique est toujours à craindre, surtout sous la forme des crises d'éclampsie. On voit, en effet, souvent les femmes arrivant un jour dans le service mourir dans les heures

qui suivent ou le lendemain. Il est à remarquer que la plupart de ces éclamptiques sont des femmes qui arrivent d'un pays éloigné et dont la grossesse n'a pas été surveillée. Chez les femmes qui suivent les consultations de la grossesse, on a plus rarement à déplorer ces accidents.

CHAPITRE V

Infection puerpérale

Rassembler les infections puerpérales d'un service est une besogne difficile. Les résultats trouvés varient avec les chercheurs. Les uns parleront d'infection puerpérale chaque fois qu'il y aura de la température dans les suites de couches chez une femme ne présentant par ailleurs aucune maladie. Les autres seront plus exigeants et voudront un certain temps d'incubation, puis une certaine gravité des phénomènes avec la preuve de la porte d'entrée de l'infection. Mais ici la tâche nous est facilitée, puisque nous ne prenons que des cas de femmes mortes de cette infection. Il n'y a donc pas de discussion possible.

Les 75 cas mortels que nous rapportons se groupent suivant les 4 formes cliniques suivantes :

Forme septicémique ;

Forme pyohémique ;

Forme péritonéale ;

Forme phlébitique avec embolies massives.

Infection puerpérale à forme septicémique

C'est la forme la plus fréquente d'infection puerpérale mortelle. Même, en laissant de côté les pyohémies, qui se terminent en septicémie, nous en relevons 33 cas.

La maladie débute souvent moins de 4 jours après l'accouchement et son évolution est rapide. Très vite la température monte aux environs de 40° et s'y maintient avec de faibles oscillations. Puis, au bout de quelques jours, la courbe marque un nouveau mouvement ascensionnel et cesse brusquement.

Plus l'évolution est brutale, plus grande est la disproportion entre les signes fonctionnels et les signes physiques aux divers appareils, ces derniers signes étant réduits souvent à très peu de chose. C'est la septicémie sans localisation.

Re..., femme Or..., 33 ans. N° 674. Maternité 1921.

Forceps. Accouchement à terme. Septicémie à marche rapide. Mort au neuvième jour.

Th..., femme Qu..., 40 ans. N° 1070. Clinique 1921.

Interventions multiples (forceps) pratiquées en ville. Septicémie à marche rapide. Mort au septième jour.

Pi..., 38 ans. N° 1506. Maternité 1927.

Forceps au détroit supérieur. Septicémie aiguë. Mort au septième jour.

Pe..., femme Ga..., 28 ans. N° 1275. Clinique 1928.

Hémorragie secondaire au cours d'une infection puer-

pérale. Mort au onzième jour. Femme atteinte de rétrécissement mitral. Accouchement avec forceps.

Mi..., femme Cu..., 29 ans. N° 520. Clinique 1924.

Gémellaire. Extraction artificielle des deux enfants. Un forceps. Une version. Septicémie aigüe. Mort au onzième jour.

Ma..., femme Zi..., 38 ans. N° 1170. Clinique 1918.

(Voir toxémie gravidique : décollement prématuré du placenta normalement inséré : Sixième observation).

Ch..., 25 ans. N° 771. Clinique 1920.

Hémorragies graves de la délivrance. Délivrance artificielle. Septicémie à streptocoques. Mort au onzième jour.

Fa..., femme Be..., 28 ans. N° 795. Maternité 1920.

(Voir placenta prævia avec infection).

He..., femme Le..., 33 ans. N° 894. Maternité 1921.

(Idem).

La..., femme Br..., 36 ans. N° 1847. Maternité 1925.

(Idem).

Me..., femme Du..., 32 ans. N° 496. Maternité 1926.

(Idem).

Th..., femme Th... 37 ans. N° 355. Maternité 1927.

(Idem).

Mi..., 32 ans. N° 247. Clinique 1922.

Césarienne itérative pour un bassin rétréci. Septicémie à marche rapide. Mort au sixième jour.

Du..., femme Bo..., 30 ans. N° 1162. Maternité 1918.
(Voir Grippe, vingt-et-unième observation).

Sa..., femme Ca..., 22 ans. N° 1405. Maternité 1924.
Septicémie aiguë sans localisation à la suite d'un accouchement trigémellaire. Mort au septième jour.

Od..., femme Ch..., 38 ans. N° 363. Maternité 1920.
Rupture prématurée des membranes. Septicémie. Mort au dix-neuvième jour.

Gu..., femme W..., 44 ans. N° 319. Maternité 1923.
Septicémie aiguë (rupture prématurée des membranes). Mort au huitième jour.

Gu...(femme Vi..., 20 ans. N° 671. Maternité 1924.
Rupture prématurée des membranes. Septicémie aiguë accompagnée d'érythèmes scarlatiniformes. Mort au huitième jour.

Co..., femme Ba..., 32 ans. N° 1040. Maternité 1924.
Septicémie aiguë (rupture prématurée des membranes). Mort cinq jours après l'accouchement.

Co..., femme Pe..., 26 ans. N° 287. Maternité 1923.
Rétention placentaire. Septicémie aiguë sans localisation. Mort au douzième jour.

Ca..., 18 ans. N° 162. Maternité 1928.
Infection utérine à forme hémorragique (rétention placentaire). Mort au dixième jour malgré le curage.

Bo..., 22 ans. N° 294. Maternité 1928.
Putréfaction fœtale. Septicémie suraiguë. Mort au sixième jour.

Ge..., femme Pe..., 41 ans. N° 67. Clinique 1918.

Néoplasme de la cloison recto-vaginale. Accouchement prématuré au septième mois. Septicémie à marche rapide. Mort au septième jour.

Ch..., 21 ans. N° 23-24. Clinique 1918.

Accouchement spontané gémellaire. Septicémie à marche aiguë. Mort au quinzième jour.

S..., 19 ans. N° 922. Maternité 1918.

Infection puerpérale à forme hémorragique. Exploration utérine montrant que l'utérus est vide. Mort au dix-septième jour après généralisation septicémique.

Na..., 36 ans. N° 431. Maternité 1920.

Accouchement spontané à terme. Septicémie à marche rapide. Mort au dixième jour.

Ch..., femme De... N° 1123. Maternité 1921.

Accouchement spontané. Septicémie à marche suraiguë. Mort au cinquième jour.

Lo..., femme Me... N° 701. Maternité 1923.

Septicémie aiguë sans localisation. Mort au dix-septième jour.

Ra..., 19 ans. N° 291. Maternité 1924.

Septicémie aiguë sans localisation. Mort au treizième jour après un accouchement spontané à huit mois.

Gu..., femme Ca..., 30 ans. N° 803. Maternité 1924.

Septicémie aiguë sans localisation. Mort au douzième jour.

Va..., femme Gi..., 35 ans. N° 1745. Maternité 1926.

Primipare âgée. Faibles contractions utérines. Rotation manuelle. Septicémie puerpérale avec pneumonie secondaire. Mort au seizième jour.

Bi..., femme Ba..., 26^e ans. N° 1135. Clinique 1927.

Septicémie avec localisations pleuro-pulmonaires. Mort trente jours après l'accouchement (courbe de température en plateau).

Go..., femme Vo..., 28 ans. N° 834. Clinique 1928.

Septicémie. Mort au seizième jour.

La lecture de ces observations nous permet de constater que sur ces 33 cas, nous relevons 18 fois soit une manœuvre intra-utérine, soit une infection de l'accouchement, qui peuvent, dans un certain nombre de cas, avoir joué un rôle dans la production de la septicémie.

Nous avons trouvé 11 accouchements traumatisants parmi lesquels nous relevons 4 forceps, 1 forceps et version (voir les 5 premières observations), 2 délivrances artificielles (voir les 2 observations suivantes), 1 césarienne (13^e observation), 3 placentas prævia.

7 accouchements avec infection possible, même si aucune manœuvre intra-utérine n'a été tentée, soit 5 ruptures prématures des membranes et 2 rétentions placentaires (observations 16, 17, 18, 19, 22, observations 20 et 21).

Donc, dans plus de la moitié des cas nous avons des présomptions en faveur d'une cause d'infection. Pour le reste, il est difficile de mettre en évidence un traumatisme suffisant ou une porte d'entrée importante

qui rende compte de la septicémie. Les incidents de l'accouchement ont trop peu d'importance pour être pris en considération. Parfois même, il n'y a pas le moindre accident, tout se passe d'une façon normale.

Nous remarquons ensuite qu'il est souvent difficile de se prononcer entre septicémie et pyohémie. En particulier, pour l'avant-dernière observation que nous rapportons, nous avons longtemps hésité. La longueur de l'évolution, les phénomènes pulmonaires nous orientaient vers la forme pyohémique. Cependant, il n'y avait pas la courbe de température à grandes oscillations avec des frissons fréquents, mais au contraire la température se maintenait en plateau. Nous avons penché du côté de la septicémie à cause de cette courbe.

Infection puerpérale à forme pyohémique

Elle est plus rare que la forme septicémique. Nous n'en avons trouvé que 13 cas.

L'évolution de la pyohémie est plus longue que celle de la septicémie. Fréquemment, des suppurations s'établissent : abcès du poumon, du tissu cellulaire, des articulations. Le jour où ces localisations surviennent, le pronostic est fatal. La succession de ces suppurations influence l'allure de la courbe thermique. Il en est ainsi jusqu'au moment où l'organisme fatigué ne localise plus l'infection.

Pi..., femme Da..., 38 ans. N° 851. Maternité 1923.

Thrombo phlébite suppurée. Pyohémie. Mort au trente-troisième jour après l'accouchement (forceps, déchirure périnéale, délivrance artificielle).

Bi..., 20 ans. N° 132. Maternité 1920.

Hémorragies de la délivrance. Délivrance artificielle. Infection puerpérale à type pyohémique. Mort au trentième jour avec localisations purulentes multiples.

La... femme Du..., 36 ans. N° 1581. Maternité 1924.

Voir placenta prævia avec infection. Cinquième observation).

Me..., 29 ans. N° 953. Clinique 1922.

Rupture prématurée des membranes. Pyohémie à marche très lente. Plusieurs poussées phlébitiques successives. Mort quatre mois après l'accouchement.

Co..., femme Pe..., 25 ans. N° 11. Maternité 1923.

Hémorragie tardive du post-partum. Rétention d'un fragment placentaire. Révision utérine. Septico-pyohémie. Mort au quarante-sixième jour.

Va..., femme La..., 27 ans. N° 1639. Maternité 1928.

Hémorragie secondaire par rétention d'un fragment placentaire. Curage. Thrombo-phlébite suppurée à forme pyohémique. Mort au vingt-quatrième jour.

Do..., femme Tr..., 27 ans. N° 423. Clinique 1928.

Pyohémie. Hémorragie secondaire (rétention d'un fragment placentaire). Révision utérine. Mort deux mois et demi après l'accouchement.

Ch..., femme Le..., x ans. N° 1114. Clinique 1918.

Voir Grippe. Vingt-deuxième observation).

Du..., 22 ans. N° 905. Clinique 1919.

Pyohémie. Broncho-pneumonie. Mort au quinzième jour.

Ca..., 22 ans. N° 198. Maternité 1919.

Pyohémie. Mort au vingt-deuxième jour après un accouchement au cours du huitième mois.

Au..., 21 ans. N° 613. Maternité 1925.

Pyohémie. Mort un mois après l'accouchement.

Gu..., 24 ans. N° 1904. Maternité 1927.

Pyohémie. Mort un mois après l'accouchement. (Il y a eu rupture précoce des membranes).

Ve..., 23 ans. N° 1949. Maternité 1928.

Pyohémie à marche suraiguë. Mort au huitième jour avec arthrites suppurées multiples.

Sur ces 13 cas, 7 paraissent présenter des facteurs favorisants de l'infection, soit 1 cas avec forceps et délivrance artificielle (1^{re} observation), 1 cas avec délivrance artificielle, 1 avec placenta prævia, 1 avec rupture prématurée des membranes, 3 avec rétention placentaire (2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 7^e observations).

Péritonites puerpérales

Nous en avons trouvé 25 cas. Elles se placent donc après les septicémies au point de la vue de la fréquence. Elles seraient presque aussi nombreuses si nous n'avions pas rangé avec les shocks les cas de

ruptures utérines suivies de péritonites. Elles seraient aussi nombreuses si nous réunissions tous les cas de péritonites de notre statistique quelle qu'en soit l'origine.

La péritonite évolue très vite. Plus elle évolue rapidement, plus ses symptômes la rapprochent de la septicémie. Souvent, du reste, une septicémie l'accompagne. Dans certains cas, c'est l'autopsie qui vient substituer le diagnostic de péritonite à celui de septicémie que l'examen clinique avait fait porter. Il s'agit dans ces cas de septicémie péritonéale.

Es..., femme P..., 43 ans. N° 369. Maternité 1920.

Forceps au détroit supérieur dans un bassin aplati et généralement rétréci. Rupture précoce des membranes. Septicémie péritonéale suraiguë. Mort quatre jours après l'accouchement.

Me..., veuve La..., 29 ans. N° 1203. Maternité 1922.

Accouchement terminé par une prise de forceps. Péritonite purulente. Mort au septième jour.

Bo..., femme Te..., 30 ans. N° 557. Maternité 1923.

Péritonite purulente après un accouchement avec prise de forceps. Mort au septième jour.

Du..., 36 ans. N° 456. Clinique 1923.

Péritonite purulente généralisée, consécutive à une intervention obstétricale laborieuse (forceps). Mort au dixième jour.

De..., femme Mé..., 38 ans. N° 344. Maternité 1925.

Péritonite purulente généralisée. Mort six jours après l'accouchement (forceps à la partie supérieure de l'excavation).

Ro..., 25 ans. N° 424. Clinique 1919.

Césarienne corporéale au début du travail. Péritonite généralisée. Mort au quatrième jour.

Ro..., femme Gr..., 41 ans. N° 759. Maternité 1920.

Césarienne corporéale. Mort quarante-huit après l'intervention, de péritonite suraiguë.

Ch..., femme Co..., 37 ans. N° 1266. Maternité 1921.

Néoplasme du col. Césarienne corporéale et hystérectomie au voisinage du terme. Péritonite suraiguë. Mort quarante-huit heures après l'intervention.

Sz..., 27 ans. N° 761. Clinique 1923.

Césarienne corporéale pour bassin aplati et généralement rétréci. Péritonite purulente. Mort au sixième jour.

Fa..., femme Bo..., 24 ans. N° 1475. Maternité 1927.

Bassin aplati et généralement rétréci. Césarienne basse. Septicémie puerpérale. Mort au sixième jour après l'expulsion.

Mu..., 26 ans. N° 416. Maternité 1920.

Rupture prématurée des membranes (cinq jours). Septicémie péritonéale. Mort huit jours après l'accouchement.

Pe..., femme Mu..., 39 ans. N° 1670. Maternité 1920.

Septicémie péritonéale suraiguë. Mort quatre jours après l'accouchement (rupture prématurée des membranes. Forceps).

Vi..., veuve Gr..., 40 ans. N° 1905. Maternité 1920.

Rupture prématurée des membranes. Présentation de l'épaule. Version, Péritonite purulente généralisée. Mort dix jours après l'accouchement.

Bi..., 18 ans. N° 698. Maternité 1920.

Péritonite purulente généralisée. Mort neuf jours après l'accouchement.

Ci..., 23 ans. N° 264. Clinique 1919.

Accouchement à terme. Septicémie à staphylocoques. Mort au vingt-cinquième jour avec des lésions de péritonite purulente.

Ch..., 27 ans. N° 488. Maternité 1923.

Péritonite purulente après un accouchement spontané. Mort au dixième jour.

Fa..., 22 ans. N° 188. Clinique 1920.

Péritonite purulente généralisée. Accouchement spontané. Mort sept jours après.

Mu..., veuve Im..., 28 ans. N° 214. Clinique 1920.

Péritonite purulente généralisée. Mort huit jours après l'accouchement spontané.

Fr..., 25 ans. N° 228. Clinique 1920.

Péritonite purulente généralisée. Mort douze jours après l'accouchement spontané.

Be..., 18 ans. N° 621. Clinique 1920.

Péritonite purulente généralisée. Mort au huitième jour après l'accouchement spontané.

Au..., 25 ans. N° 1442. Maternité 1920.

Accouchement spontané. Péritonite purulente généralisée. Mort au neuvième jour.

Ro..., 23 ans. N° 492. Maternité 1922.

Accouchement spontané. Péritonite généralisée. Mort au cinquième jour.

Gr..., femme De..., 24 ans. N° 498. Maternité 1922.

Accouchement spontané. Péritonite purulente généralisée. Mort au dixième jour.

Vi..., 26 ans. N° 1139. Maternité 1922.

Accouchement spontané. Péritonite purulente à marche subaiguë. Mort au vingt-deuxième jour.

Fu..., femme Ch... N° 444. Maternité 1922.

(Voir Grippe, vingt-troisième observation).

Sur ces 25 cas de péritonite puerpérale, nous trouvons dans 5 cas une prise de forceps (les 5 premières observations), dans 5 cas une césarienne (les observations suivantes), dans 3 cas une rupture prématurée des membranes (les 3 observations suivantes). Ce qui fait 13 cas sur 25 où l'accouchement n'a pas été complètement normal.

Infection puerpérale à forme d'embolies massives

Dans 4 cas, à des lésions phlébitiques, ont fait suite des phénomènes brutaux par embolie massive. Dans un de ces cas, l'étude de l'accouchement montre qu'il y a eu rupture prématurée des membranes ; dans un autres cas, rétention partielle d'un cotylédon.

Bi..., femme So..., 37 ans. N° 366. Maternité 1921.

Phlébite fruste du membre inférieur droit. Embolie massive dans l'artère pulmonaire gauche et mort subite quinze jours après l'accouchement (il y a eu rupture prématurée des membranes).

Ga..., 38 ans. N° 1911. Maternité 1928.

Rétention cotylédonaire partielle. Phlébite utéro-pelvienne. Embolie massive. Mort subite au neuvième jour.

Pl... femme Ca..., 33 ans. N° 674. Clinique 1918.

Phlébite du membre inférieur droit. Embolie massive et mort rapide vingt-trois jours après l'accouchement.

So..., 41 ans. N° 458. Clinique 1927.

Phlébite latente. Mort brusque au septième jour après l'accouchement spontané à huit mois.

En totalisant les infections puerpérales, nous trouvons: $33+13+25+4=75$ cas. Dans 40 de ces cas on peut invoquer une cause favorisante.

Voici quelles sont les circonstances cliniques qui ont favorisé l'infection :

- 1° La rupture prématurée des membranes : 10 cas ;
- 2° Des interventions obstétricales (forceps, versions césariennes) : 17 cas ;
- 3° Des délivrances artificielles : 3 cas ;
- 4° Des rétentions de cotylédons avec révision utérine dans quelques cas : 10 cas.

Le nombre de 32.205 accouchements, avec 75 morts par infection puerpérale, porte la mortalité de cette infection à 0,232 pour 100 accouchements, soit un nombre sensiblement égal à celui trouvé par le Docteur Henry (0,24 %).

Note. — Une statistique d'infections puerpérales a été publiée récemment par Jeannin et Fureau : *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 11 mars 1929.

Conclusions

I. — En étudiant la mortalité générale dans les services d'accouchement, en envisageant seulement le cas de femmes mortes au voisinage du terme, nous relevons en 11 ans (1918 inclus à 1929 exclu), 192 décès.

Pendant cette même période, on a enregistré dans les deux services, Clinique et Maternité, 32.205 accouchements, soit moins de 6 décès pour 1.000 accouchements.

II. — Les causes de mort, qu'il s'agisse d'infection, d'intoxication, de shock traumatique ou d'hémorragie, s'intriguent souvent de telle manière, qu'il paraît un peu artificiel d'attribuer la mort à une seule de ces causes. Cependant, ces réserves faites, il est possible d'attribuer à ces morts les causes suivantes :

1° Infections puerpérales, ou maladies infectieuses existant au moment de l'accouchement, ou survenant pendant les suites de couches : 145 cas ;

2° Intoxications : 24 cas ;

3° Hémorragies ou shock opératoire et post-obstétrical : 23 cas.

III. — Les 145 cas d'infection mortelle comprennent seulement 75 infections puerpérales vraies, les autres se répartissent sous des rubriques diverses : tuberculose, pneumopathies aiguës, typhoïdes, encéphalites, etc...

Ces 75 cas d'infection puerpérale vraie se groupent suivant les formes cliniques de la manière suivante :

Septicémies : 33 ;

Péritonites généralisées : 25 ;

Pyohémies : 13 ;

Phlébites compliquées d'embolies massives : 4.

Au point de vue d'une étiologie possible, on peut classer ainsi les 75 observations d'infection puerpérale :

a) Interventions (forceps, versions, césariennes, délivrances artificielles) : 20 cas ;

b) Autres causes favorisantes (rupture prématurée des membranes, rétention de cotylédons avec parfois révision utérine) : 20 cas.

Donc, dans 40 cas sur 75 d'infections puerpérales mortelles, nous pensons qu'on pourrait mettre en évidence certaines particularités de l'accouchement qui augmentent les chances d'infection. Tandis que dans les 35 autres cas, rien ne peut expliquer l'appar-

rition de cette infection puerpérale mortelle, là plutôt qu'ailleurs l'accouchement s'étant déroulé de façon entièrement spontanée et normale dans un service hospitalier.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 31 Octobre 1929

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	7
<i>Chapitre Premier.</i> — La mortalité maternelle globale	9
<i>Chapitre II.</i> — Maladies diverses aggravées par la grossesse	15
<i>Chapitre III.</i> — Traumatismes obstétricaux en général	33
<i>Chapitre IV.</i> — Indication gravidique	41
<i>Chapitre V.</i> — Infection puerpérale	47
Conclusions	61
